

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LUXATIONS ANCIENNES
DU
MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE RICHER

Assistant de Stomatologie à l'Hôpital Desgenettes

Né au Puy, le 30 Janvier 1894



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LUXATIONS ANCIENNES
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
		BARD.
		TIXIER.
		BERARD.
Clinique obstétricale et accouchements.....		COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique.....		ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....		WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....		POLLOSSON (A.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....		NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie.....		MOREL.
Matière médicale et botanique.....		MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		GUIART.
Anatomie		LATARJET.
Histologie.....		POLICARD.
Physiologie		DOYON.
Pathologie interne.....		COLLET.
Pathologie et thérapeutique générales.....		MOURQUAND.
Anatomie pathologique.....		PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....		VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie.....		ARLOING (F.).
Médecine légale.....		Etienne MARTIN.
Hygiène		COURMONT (P.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....		PIC.
Pharmacologie		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BÉRARD, *Président* ; M. VILLARD, *Assesseur* ;
MM. TELLIER et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LUXATIONS ANCIENNES
DU
MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE RICHER

Assistant de Stomatologie à l'Hôpital Desgenettes

Né au Puy, le 30 Janvier 1894



LYON
IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Faible témoignage de notre grande
affection et de notre vive reconnais-
sance.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR VICTOR RICHER

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

En le remerciant du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TELLIER

Chargé du Cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR PONT

Directeur de l'Ecole dentaire

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude du traitement des luxations anciennes de la mâchoire inférieure, nous tenons à adresser nos remerciements respectueux à nos Maîtres qui ont bien voulu nous guider de leurs conseils ou nous faire part de leurs documents personnels : M. le Professeur Bérard, M. le Professeur Tixier, MM. les Professeurs agrégés Patel, Leriche; et Hovelacque; MM. les Docteurs Tellier, Pont et Badolle. Nous remercions tout particulièrement M. le Docteur Arcelin pour les notes de radiographie qu'il a bien voulu nous remettre et M. Barlerin, Etudiant en médecine, dessinateur émérite, pour les schémas qu'il a bien voulu nous faire.

INTRODUCTION

Les luxations irréductibles de la mâchoire inférieure sont généralement des luxations anciennes. Il est rare, en effet, qu'une luxation récente soit irréductible, il faut alors le plus souvent que cette luxation s'accompagne d'une fracture, qui siège en général au niveau du col d'un des condyles. La réduction manuelle paraît alors possible et avoir réussi, elle peut même avoir donné un résultat fonctionnel assez satisfaisant, mais le condyle du côté fracturé n'a pas suivi la maxillaire dans la manœuvre réductrice de rétropulsion.

Ce sont donc le plus souvent les luxations anciennes qui sont irréductibles. Mais toutes les luxations anciennes ne sont pas irréductibles ; Nélaton en réduisit une au bout de 114 jours, Gosselin et Michon au bout de 130 jours. Ce sont là les records. Mais que faut-il entendre par luxation ancienne ? Eternelle question, un peu théorique, et qui ne saurait d'ailleurs recevoir une solution très précise ; la luxation ancienne est celle qui n'a pas été réduite dans les quelques jours qui ont suivi l'accident.

Dans cette étude, nous aurons en vue uniquement les luxations en avant, de beaucoup les plus fréquentes ; les

luxations en avant, anciennes et irréductibles, sont déjà très peu nombreuses dans la littérature médicale ; on conçoit que les autres luxations soient d'une extrême rareté. Nous avons rencontré une luxation en arrière présentée par Müller, de l'île de Chypre, à la Société des Chirurgiens de Paris, 3 novembre 1911. (Luxation en arrière des articulations temporo-maxillaires, avec éclatement de la paroi osseuse des conduits auditifs externes ; ankylose bilatérale irréductible ; résection cunéiforme des branches montantes.) Nous nous contenterons de la signaler ici.

CHAPITRE PREMIER

Étude clinique

Nous ne voulons pas reprendre ici toute la symptomatologie des luxations du maxillaire inférieur, mais seulement montrer quelles sont les particularités intéressantes que l'on peut voir, ou qu'il faudra savoir découvrir, lors d'une luxation ancienne.

Tout d'abord, l'irréductibilité est le caractère capital, mais celle-ci est très variable, et l'on connaît les luxations dites irréductibles qui se réduisent facilement lorsque la contracture musculaire a cessé à la faveur du sommeil chloroformique. Aussi y a-t-il là surtout une question de degré.

On est surpris par le peu d'intensité du traumatisme à la base de quelques luxations irréductibles ; s'il en est qu'on constate chez des écrasés, chez des malades restés suspendus par le maxillaire, d'autres fois l'accident est survenu en buvant une tasse de thé ; il est juste toutefois de faire remarquer que dans ce dernier cas auquel nous

faisons allusion, la luxation fut d'abord méconnue, et là est sans doute la cause de l'irréductibilité.

La longueur du temps qui s'est écoulé entre la luxation et l'intervention chirurgicale est fort variable, mais les luxations opérées dataient toujours de plusieurs semaines au moins : trois semaines, cinq, six semaines. D'autres fois l'intervention a été plus tardive, cinq mois, six mois, huit mois, un an, voire plusieurs années, et ce n'est pas pour cela que le résultat a été moins satisfaisant.

Mais il y a un intérêt tout particulier qui s'attache à l'ancienneté de l'accident : c'est le trouble de développement de la mâchoire que peut entraîner la luxation non réduite. Il semble bien que, dans le cas de Mac Bean Ross et Agranoor, que nous rapportons, le maxillaire inférieur ait subi un arrêt ou un vice d'évolution, l'accident étant survenu dans l'enfance ; et cet arrêt du développement a entraîné une complication inattendue dans le traitement opératoire : la luxation unilatérale se maintint réduite après reposition sanglante, mais il se fit une luxation du côté opposé deux jours après l'intervention.

Il semble bien que, presque toujours, on ait affaire à des luxations bilatérales ; dans deux cas la lésion était unilatérale (Kramer, Mac Bean Ross), et dans ces deux cas elle siégeait du côté droit.

La symptomatologie des luxations anciennes irréductibles ne paraît pas présenter de caractères bien spéciaux. L'aspect du malade est caractéristique, il garde la bouche ouverte et laisse parfois écouler sa salive. Toutefois cette béance de la bouche est parfois très réduite, on note dans un cas un écart de deux centimètres entre les dents antérieures ; dans un autre cas il est dit simplement que l'oc-

clusion de la bouche était difficile. La mastication est toujours troublée, elle est ou difficile ou impossible, et cela à cause de deux facteurs : le peu d'amplitude des mouvements du maxillaire inférieur sur le maxillaire supérieur d'une part, — la suppression de l'articulé dentaire d'autre part. L'amplitude des mouvements avant l'intervention n'est guère notée que dans l'observation de MM. Bérard et Pinatelle ; elle était inférieure à un travers de doigt.

L'impossibilité de la mastication par trouble de l'articulé dentaire n'a rien qui puisse nous surprendre, le prognathisme étant un signe caractéristique de la luxation en avant. La cavité glinoïde déshabitée donnera lieu au signe de la dépression pré-auriculaire.

La radiographie, toujours intéressante à faire pratiquer, précisera les lésions et donnera lieu parfois à des surprises. Nous avons déjà dit qu'il faut étudier les rapports entre l'apophyse coronoïde, le malaire et l'apophyse zygomatique. Il y a plus, et l'existence d'une fracture concomitante, du col du condyle ou de la branche montante, sera une grosse complication pour le traitement. Cette complication aura en général été soupçonnée par la palpation bimanuelle, toucher intra-buccal et palpation externe, qui permettront de sentir la fracture ou le cal.

Enfin, parmi les signes particuliers aux luxations anciennes irréductibles, il en est un que nous avons déjà signalé et qu'il est important de mettre encore en évidence : c'est le vice de développement du maxillaire inférieur : nous nous sommes expliqués plus haut à ce sujet.

CHAPITRE II

Les Lésions anatomiques. - Des causes de l'irréductibilité dans les luxations de la mâchoire.

Les causes de l'irréductibilité sont multiples, et d'ordres divers. Il y a d'abord des luxations qui deviennent irréductibles soit par la négligence du malade lui-même, soit par l'insuffisance du traitement immédiatement employé ; il y a ensuite des luxations qui ne peuvent être réduites pour des raisons anatomiques. Farabeuf avait bien étudié celles-ci, qu'il classait en trois catégories : 1° le bec de l'apophyse coronoïde s'accroche au tubercule molaire, fait rare ; 2° la coronoïde s'arc-boute contre le bord inférieur du zygoma ; 3° il n'y a pas de contact entre la coronoïde et le zygoma, l'obstacle à la réduction est dans la tension des ligaments sphino et stylo-maxillaires. Dans les deux dernières catégories, c'est la tonicité musculaire ou la tension ligamentaire qui empêchent la

réduction ; ce qui faisait dire à Tillaux et à Farabeuf qu'il n'y a pas de luxation irréductible de la mâchoire.

En réalité, à ces obstacles nés du déplacement de segments anatomiques normaux vont s'ajouter, dans les luxations anciennes, des obstacles pathologiques qui se sont édifiés peu à peu, en même temps que l'inflammation modifiait la texture des muscles, des ligaments et des parties constitutives de l'articulation. On peut voir apparaître une ostéite chronique du condyle, pressé contre le plan préglénoïdien ; et les surfaces osseuses vont s'unir par du tissu fibreux, voire même ossifié, comme le montre une observation de Hedrich, que nous n'avons malheureusement pu retrouver. D'autre part, les muscles d'abord contracturés vont se rétracter, les ligaments s'épaissir, si bien que l'anesthésie sera impuissante à faire disparaître une contracture qui n'est déjà plus en cause.

Aussi bien, et ce sont là des notions importantes sur lesquelles nous voudrions insister, car nous pensons qu'elles doivent commander à une thérapeutique méthodique, on doit distinguer deux sortes d'obstacles à la réduction : les uns ont leur siège au niveau même de l'articulation lésée, ils sont d'ordre osseux, capsulaire ou méniscal ; les autres ont leur siège à distance de l'articulation : ils sont soit d'ordre osseux (zygoma, malaire, apophyse coronéide), soit d'ordre musculaire ou ligamentaire.

On conçoit que l'étude radiographique puisse avoir grand intérêt pour mettre en valeur ce qui peut appartenir aux lésions ou aux contacts osseux dans les causes de l'irréductibilité : l'absence de lésions osseuses pouvant peut-être être la base d'un traitement de libérations d'adhérences ou de lésions musculo-ligamentaires, inter-

vention plus conservatrice et plus respectueuse des formes anatomiques qu'une résection par exemple. C'est un point que nous tenions à mettre en relief.

Il sera toujours très difficile d'apprécier, avant l'intervention, les causes de l'irréductibilité. Peut-être un examen de tels malades, plus attentif qu'on ne l'a fait jusqu'ici, permettrait-il de poser certaines indications opératoires bien définies. En tout cas, il est intéressant de profiter des observations antérieures, et dans quelques cas les chirurgiens ont fait certaines constatations qu'il convient de relever.

Tout d'abord, il est noté, dans le cas de Kramer, que la capsule articulaire était intacte. Ce fait surprend un peu ; la constatation fut faite à l'opération, cinq semaines après l'accident ; comme cette dernière consista en une libération musculaire et périarticulaire, on peut se demander si l'articulation ne s'était pas reconstituée spontanément.

L'observation de Samter est très instructive à un autre point de vue ; l'opérateur fit d'un côté une désinsertion partielle du masséter et du ptérygoïdien, suivie d'une libération étendue des adhérences périarticulaires ; il obtint facilement la réduction. Du côté gauche, il voulut se contenter de la désinsertion musculaire partielle seule, et ne put réduire, malgré ses efforts : ce n'est que lorsque fut faite la libération des adhérences que la réduction fut complète. Ceci est très intéressant et nous permet de graduer l'importance des lésions para-articulaires ; il semble bien que la rétraction musculaire ne soit pas au premier plan dans les causes de l'irréductibilité, et qu'elle ne vienne qu'après les adhérences fibreuses qui se sont établies autour des surfaces articulaires séparées.

Un troisième fait intéressant est rapporté dans l'observation de MM. Bérard et Pinatelle. Outre que la présence d'abondants trousseaux capsulaires et fibreux est signalée, une particularité anatomique est consignée : et la crainte de la récurrence transforma la reposition en résection condylienne ; « car d'une part le ménisque absent ne s'oppose plus aux déplacements du condyle qui, en équilibre instable, glisse en avant dès que l'on cesse la traction ; d'autre part, les nombreuses brides fibreuses sectionnées ou rompues autour de la jointure vont reprendre leur œuvre de rétraction cicatricielle. »

D'après tout ce qui précède, il est donc permis de penser que l'obstacle à la réduction est très rarement d'origine osseuse ; en général, ce seront des adhérences fibreuses, pouvant même s'ossifier, qui seront la cause de l'irréductibilité, bien plus que la rétraction musculaire. De la situation et de l'état du ménisque dépendra la stabilité de la réduction.

CHAPITRE III

Des Méthodes de Traitement des Luxations anciennes

Comme pour toutes les luxations, le médecin a à sa disposition, comme moyens de réduction, deux méthodes générales : la réduction non sanglante et la réduction sanglante. Il va sans dire que la réduction sanglante tire ses indications des échecs de la réduction non sanglante. Aussi bien commence-t-on par celle-ci, qu'il est inutile de décrire. En effet, les luxations anciennes sont généralement irréductibles, au moins par le procédé classique ; et de nombreux instruments ont été inventés pour parer à notre insuffisance manuelle. La pince de Stromeyer est de ceux-là. Nous rapportons cependant deux observations de luxations anciennes réduites par M. le Professeur Tixier.

Nous rangerons les méthodes sanglantes en trois classes :

L'une consiste dans la reposition pure et simple, à ciel ouvert, des surfaces articulaires séparées ;

La seconde comprend des interventions portant sur les éléments anatomiques fondamentaux de l'articulation :

Ablation du ménisque,

Résection du condyle.

La dernière comprend une série d'interventions para-articulaires, dont la modalité varie avec les lésions des éléments à distance de l'articulation, et qui sont :

Résection du coroné,

Interventions de libérations musculaires ou ligamenteuses.

Examinons successivement ces diverses méthodes. La réduction non sanglante par le procédé classique échoue, on fait appel à la pince de Stromeyer, généralement sans résultat. Il faut alors endormir le sujet ; l'anesthésie pourra suffire à faire disparaître une contracture musculaire qui empêchait la réduction ; ou bien encore, à sa faveur le chirurgien aura brisé quelque adhérence et libéré l'articulation. Ces cas ne sont pas fréquents.

La reposition sanglante, pure et simple, paraît être l'intervention minima. Employée avec succès au niveau d'autres segments articulés, il était logique d'en chercher les résultats au niveau de la temporo-maxillaire. La reposition pure et simple a été employée plusieurs fois avec succès ; la réduction n'est d'ailleurs obtenue que lorsque la reposition a été faite des deux côtés ; toutefois, MM. Bérard et Pinatelle signalent que, bien que la reposition ait été obtenue, elle était instable à cause de l'état des ménisques, et l'intervention dut se terminer par une ré-

section. L'intervention est facile, mais il faut donc être prévenu qu'elle peut être insuffisante.

L'ablation du ménisque est une intervention qui s'est presque imposée à Morestin dans l'observation que nous publions de ce chirurgien, alors que l'idée directrice était de faire une résection condylienne. Il convient de bien faire remarquer, à ce propos, que généralement le ménisque est resté en place, et que la luxation est sous-méniscale. L'ablation du ménisque donnera de la place pour permettre au condyle de réintégrer son domicile, mais au point de vue purement anatomique du résultat opératoire, on est en droit de s'inquiéter de voir au contact les deux surfaces convexes du condyle temporal et du condyle du maxillaire inférieur ; celui-ci n'aura-t-il pas tendance à glisser dans la cavité glénoïde, mettant la mâchoire inférieure en rétroposition ? Morestin n'a pas revu son malade indocile, mais les renseignements qu'il a pu obtenir cinq mois après l'intervention ne sont pas excellents et donnent le droit de poser cette interrogation.

La résection du condyle maxillaire est le type de l'intervention articulaire ; c'est à elle qu'ont eu recours la majorité des chirurgiens ; nous verrons plus loin comment aborder l'articulation ; la première intervention dans cet ordre d'idées paraît avoir été faite à Rome en 1878 par Mazzoni. Le procédé est simple et a donné entre les mains des différents chirurgiens qui l'ont utilisé de bons résultats, tant au point de vue de la parole qu'au point de vue de la mastication.

Restent les interventions para-articulaires. Nous passerons sur la résection de l'apophyse coronoïde, qui aurait été employé par Tillaux dans un cas que nous n'avons

pu retrouver. Nous rappellerons l'intérêt que pourrait avoir un examen radiographique bien fait pour porter l'indication d'un pareil procédé opératoire.

Les autres interventions para-articulaires ont été surtout employées à l'étranger ; Hildebrandt, Samter, Kramer les ont utilisées avec succès ; ce sont des opérations opportunistes, dans lesquelles le chirurgien modèle son travail sur les lésions para-articulaires qu'il constate ; ce sont des interventions qui libèrent des adhérences, des rétractions musculaires ou tendineuses, et dont il est par conséquent impossible de donner une technique très précise. Toutefois, il importe de remarquer ceci : c'est que les chirurgiens qui ont visé à la libération para-articulaire peuvent être rangés en deux classes : les uns ont agi loin de l'articulation (angle de la mâchoire inférieure, Samter), les autres ont agi au niveau de l'articulation (Kramer). Dans le premier cas, il est bien spécifié que la luxation ne put être réduite que lorsque la région articulaire fut libérée, et que la libération musculaire seule, avec désinsertion partielle du masséter et du ptérygoïdien interne fut inefficace.

D'où il résulte ceci : c'est que la libération musculaire ne compte pas comme opération, qu'il faut faire la libération des adhérences périarticulaires, et que par conséquent cette libération sera le premier temps de la reposition sanglante que nous avons étudié plus haut.

Si nous mettons donc à part certaines interventions absolument rarissimes, comme la résection de l'apophyse coronoïde, il reste à notre disposition trois sortes d'interventions, qui toutes trois portent directement sur la région lésée :

La reposition sanglante avec libération des adhérences;

La ménissectomie ;

La résection condylienne ;

Ces trois interventions s'effectueront par la voie d'abord de l'articulation temporo-maxillaire qu'il nous faut maintenant étudier.

CHAPITRE IV

Voies d'abord de l'articulation temporo-Maxillaire

La chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire ne peut se faire que par la voie externe, pré-auriculaire. Le principal obstacle anatomique, qui a commandé aux directions des diverses incisions proposées est le nerf facial.

On ne trouve pas dans les traités d'anatomie toutes les précisions désirables au sujet du trajet exact de la portion extra-pétreuse du facial et du niveau de sa bifurcation. Il est classique de dire que le niveau de bifurcation du facial se fait au point de croisement sur la face externe de la jugulaire externe. Une figure du traité de Testut indique la bifurcation en arrière du bord postérieur de la branche montante. D'après Farabeuf et Zipfel, le facial est à dix-sept à vingt millimètres du zygoma. Capony a cité un cas où il était à douze millimètres.

Voici des points intéressants que nous avons relevés dans la thèse de Friteau :

« La branche temporo-faciale est la plus volumineuse

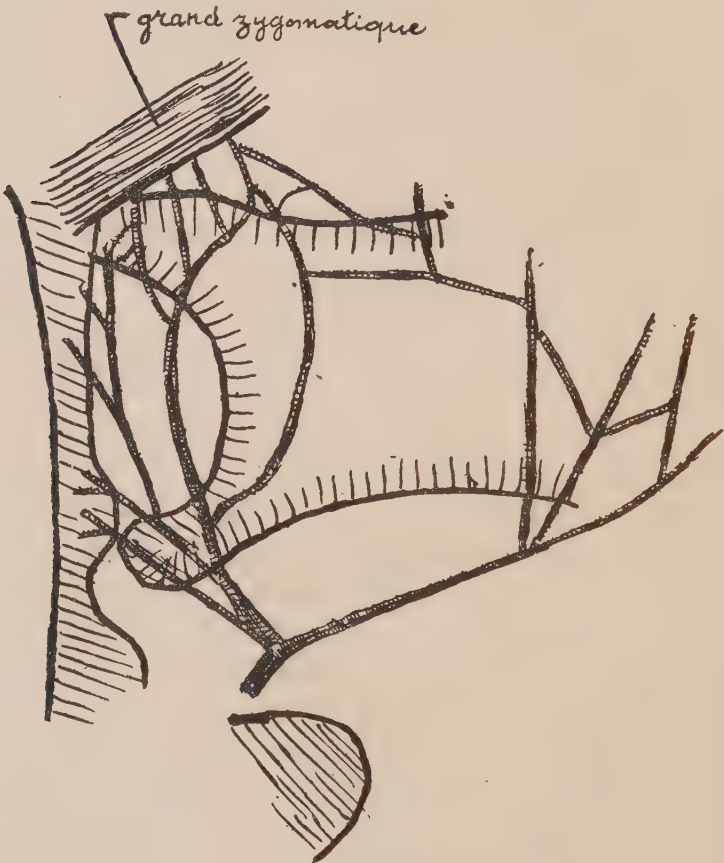


Schéma 1
Division du nerf facial (d'après dissection)

des deux branches terminales du facial. Elle monte en haut et en avant, dans l'épaisseur de la parotide, croise la face superficielle du tronc résultant de l'union de la veine temporale superficielle et de la veine transverse de

la face, et atteint le col du condyle. Nos recherches nous autorisent à affirmer qu'à ce niveau la branche temporo-faciale n'est séparée du col du condyle que par une mince couche de tissu cellulaire ; nous n'avons jamais vu entre elle et l'os que quelques lobules parotidiens. Son trajet ne mesure pas plus d'un centimètre : sur la partie moyenne du col du condyle, elle se divise en ses branches terminales. »

Certains auteurs comme Valentin distinguent, parmi les branches temporo-faciales, cinq nerfs jugaux ou zygomatiques, numérotés d'arrière en avant.

« Le premier nerf jugal monte presque verticalement à la face profonde de la parotide, sort de la loge de cette glande, passe sur l'arcade zygomatique à un demi centimètre en avant du tragus. Il s'engage à la face profonde du muscle auriculaire postérieur auquel il donne un ou deux petits filets. Il continue ensuite son trajet sur la face externe de l'aponévrose temporale, au-devant des vaisseaux temporaux superficiels. »

« Le second nerf jugal naît en avant du précédent, s'échappe plus obliquement que lui de la face profonde de la parotide, et croise l'arcade zygomatique un centimètre en avant du tragus. À ce niveau il se divise en trois ou quatre ramifications » (pour l'orbiculaire et le frontal).

« Le troisième nerf jugal se détache de la partie supérieure et antérieure du plexus sous-parotidien par une grosse racine qui lui est souvent commune avec le quatrième nerf jugal. Il monte très obliquement en haut et en avant, croise la partie moyenne de l'arcade zygomatique et s'étale sur l'aponévrose temporale où il se divise en plusieurs branches. »

Le quatrième nerf jugal naît avec le précédent, il est plus horizontal et plus antérieur.

Le cinquième nerf jugal est trop antérieur pour nous intéresser.

Nous donnons le schéma de la division du nerf facial telle que nous l'avons vue d'après nature. Dessinée avec soin, cette préparation nous montre les détails suivants :

1° La division du nerf facial en ses deux branches, temporo-faciale et cervico-faciale, s'y fait : en hauteur à mi-chemin entre le niveau de l'articulation et celui de la pointe de la mastoïde, dans le sens sagittal à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de l'intervalle qui sépare le bord antérieur de la mastoïde du bord postérieur de la branche montante.

2° La branche temporo-faciale, la seule qui nous intéresse, se divise tôt, elle a un centimètre de long, cette division se faisant sur la préparation en arrière du col du condyle.

3° Les filets les plus volumineux de la branche temporo-faciale sont les filets inférieurs, horizontaux, ceux qui avoisinent le rebord de l'échancrure sigmoïde ; ils croisent le col du condyle. Les filets les plus grêles sont les plus postérieurs et supérieurs, obliques à 45 degrés en haut et en avant, ceux qui croiseront la face externe du zygoma et qui correspondent aux cinq nerfs jugaux ou zygomatiques, suivant les nomenclatures de Valentin et de Meckel.

4° L'anastomose supérieure du facial avec l'auriculo-temporal naît au niveau du col du condyle et le contourne

en se dirigeant presque horizontalement dans la profondeur.

De l'ensemble de ces considérations anatomiques, il nous semble que l'on peut tirer la déduction pratique suivante : Si, de la pointe de mastoïde, on tire une ligne oblique en haut et en avant à 45 degrés, cette ligne croi-
sera l'articulation temporo-maxillaire et l'apophyse zygomatique : toute la zone située en bas et en avant de cette ligne-repère sera sillonnée par des filets du facial.

Voyons maintenant les incisions cutanées qui ont été employées pour découvrir l'articulation.

Incisions cutanées. — Elles ne sont pas toujours indiquées dans toutes les observations, ce qui prouve que tous les auteurs n'ont pas été impressionnés par le voisinage du nerf facial. Examinons les principaux tracés

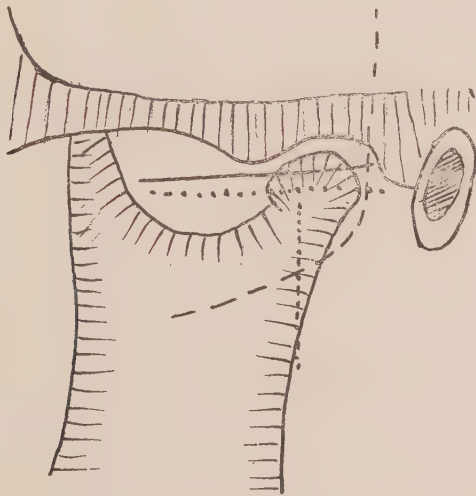


Schéma 2

En trait plein : incision de Delbet. — En tirets : incision de Runpey-Bazy. — En pointillé : incision d'Ollier.

cutanés qui ont été employés, tant pour la cure des ankyloses que pour celle des luxations temporo-maxillaires.

1° *Incision d'Ollier.* — C'est une incision en T, dont la branche horizontale passe un peu au-dessous du zygoma, dont la branche verticale est un peu plus courte que l'horizontale et part sur celle-ci un peu en arrière de son milieu. Voici d'ailleurs ce qu'a écrit Ollier :

« 1^{er} temps : Incision en T pour découvrir la base du col. Recherche et protection du nerf facial avant de pénétrer jusqu'au col.

On fait une incision horizontale de trois à quatre centimètres, à cinq millimètres au-dessous de l'arcade zygomaticque, en commençant en arrière au niveau du lobule de l'oreille. De la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de cette incision, on fait descendre une incision verticale s'arrêtant en bas, à 25 millimètres. Avant d'aller plus loin, on cherche le nerf facial qu'il importe essentiellement de ne pas léser. On procède à petits coups pour mettre à l'abri le nerf dès qu'on l'aperçoit. On le confie alors à un aide spécial qui n'aura d'autre rôle pendant l'opération que de mettre ce nerf à l'abri, en évitant de lui faire subir des tiraillements dangereux. On relève en haut et en arrière le prolongement antérieur de la parotide, qui est très variable, et on arrive sur le col qu'on découvre en écartant les lèvres de la plaie avec des crochets.

2° temps : Section du col et ablation du condyle. Pour sectionner le col, on peut se servir de divers instruments. Comme il s'agit ici d'une ankylose, il vaut mieux l'attaquer avec le ciseau. On peut aussi le détruire par excision

parcellaire avec un petit davier-gouge. La scie à chaîne est inutile et pourrait blesser l'artère maxillaire interne.

Pour se mettre à l'abri du retour de l'ankylose, il faut ne pas faire une résection sous-périostée, mais inciser et détruire le périoste sur toute la partie accessible du col. On détache ensuite le ligament latéral externe. Le col sectionné, on saisit le fragment supérieur avec un davier; on le retourne; on le dépouille avec une petite rugine sur son bord postérieur et sa face interne et on achève par torsion la séparation de toutes les adhérences fibreuses. On enlève ensuite le ménisque interarticulaire. Mais cette manœuvre n'est possible que lorsqu'il s'agit d'une ankylose fibreuse ou à ossifications périphériques et que le ménisque n'est pas soudé. Lorsqu'il y a ankylose complète avec fusion des os, il faut procéder autrement et enlever le condyle par excision parcellaire. »

2° *Incision de Farabeuf.* — « L'incision, d'abord superficielle, descend du niveau de la racine zygomatique sus-glénoïdienne jusqu'à deux doigts plus bas, oblique comme le bord mandibulaire postérieur. D'emblée, on en débride un peu l'extrémité supérieure en incisant en avant le long de l'arcade jusqu'à trois centimètres et plus si l'on sait devoir attaquer aussi la coronoïde et surtout si l'on est obligé de relever temporairement l'arcade après avoir scié ses piliers. Alors, dans la région condylienne, on s'approche de l'os à petits coups, faisant récliner les lobules parotidiens et exposant bien l'articulation et le tubercule condylien externe.

« Il faut maintenant inciser à fond ligament et périoste dans le sens de l'incision première : auparavant il

est prudent et utile d'accrocher tout ce qui couvre et croise le col condylien, et de faire tirer et maintenir ces parties molles au milieu desquelles est le facial, fortement abaissés pendant toute l'opération. Quand la rugine courbe aura bien travaillé devant et derrière, elle restera engagée en arrière et chargera le col sur sa concavité sans

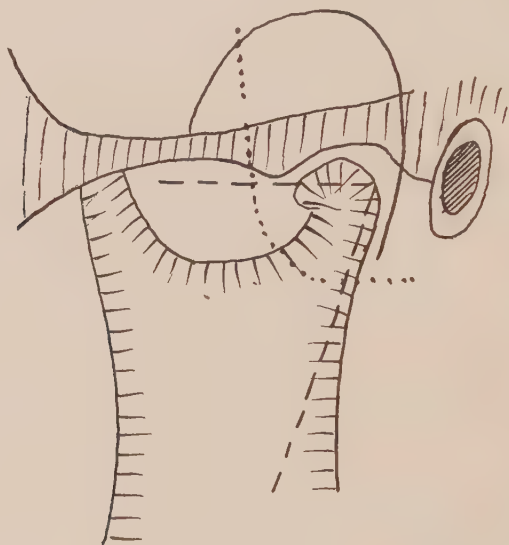


Schéma 3

En trait plein : incision de Neff. — En tirets : incision de Farabeuf.
En pointillé : incision de Huguier.

danger pour l'artère. Il suffit pour cela d'abaisser le manche, de le coucher vers la région sous-mastoïdienne. »

3° *Incision de Delbet.* — M. Delbet, craignant que la partie verticale de l'incision de Farabeuf soit dangereuse pour le nerf facial, propose simplement une incision à peu près horizontale à quelques millimètres au-dessous de l'apophyse zygomatique, légèrement oblique en bas et en avant.

4° *Incision de Bazy.* — C'est une incision curviligne dont la concavité regarde en haut et en avant : « Elle se rapproche de l'incision de Humphry pour la résection du condyle dans le cas d'ankylose. Elle commence à environ un demi centimètre à trois quarts de centimètre du point où l'hélix se détache de la tempe pour accomplir sa courbe supérieure ; elle descend verticalement en bas sur une étendue de un centimètre et demi environ, se recourbe à ce moment pour se diriger en avant et un peu en bas, de façon que l'extrémité antérieure de l'incision se trouve à environ un bon centimètre au-dessous du bord inférieur de l'arcade zygomatique, et sur le prolongement d'une ligne verticale passant à deux centimètres environ en avant du point de départ de cette incision, deux centimètres et demi environ en avant de la pointe verticale de l'hélix. »

5° *Incision de Huguier.* — C'est encore une incision curviligne, mais à concavité regardant en haut et en arrière ; sa branche verticale part un peu au-dessus du bord supérieur du zygoma, et croise celui-ci un peu en avant du tubercule zygomatique ; sa branche horizontale se dirige en arrière et croise le maxillaire inférieur au niveau du col de son condyle ou très peu au-dessous, se dirigeant jusque vers le lobule de l'oreille.

6° *Incision de Neff.* — Incision curviligne encore, concave en bas et en avant ; partie du bord supérieur de l'apophyse zygomatique un peu en avant de son milieu, elle se dirige en haut et en arrière, puis se recourbe vers le bas pour recroiser le zygoma au niveau du passage du paquet vasculo-nerveux temporal superficiel, elle descend

ensuite le long de la partie postérieure de l'articulation temporo-maxillaire et du col du condyle, sans dépasser celui-ci vers le bas.

7° *Incision de Dufourmentel*. — Voici la technique de cet auteur : Incision en V à pointe inférieure. La branche postérieure est verticale et descend jusqu'au devant

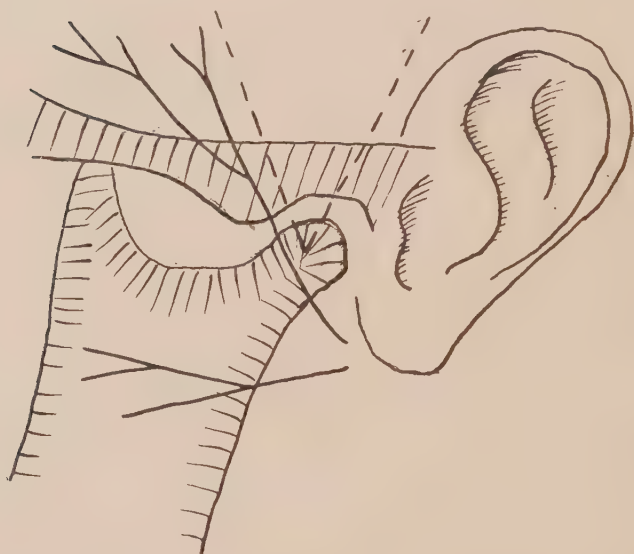


Schéma 4

Le facial et l'incision de Dufourmentel (d'après Dufourmentel).

du tragus, au point exact où se sent la saillie du condyle. Elle mesure 3 centimètres environ. La branche antérieure est oblique et monte vers la région temporale; elle mesure également 3 centimètres.

On doit d'emblée atteindre le plan osseux représenté à ce niveau par le temporal (racine postérieure du zygoma).

La pointe du bistouri atteint même le pôle externe du condyle s'il n'est pas atrophié. Il ouvre ainsi le plan externe de la capsule articulaire.

Libération du col : c'est là un temps capital et qui, sans être difficile, demande de la patience et de la force. Sous peine de compromettre le nerf facial, il est en effet impossible de prolonger l'incision jusqu'au col et, *a fortiori*, au-dessous de lui. Il faudra donc abaisser les plans qui le recouvrent : fibres postérieurs du masséter, parotide et son enveloppe fibreuse, capsule articulaire. C'est par une série d'efforts tendant, par la rugine ou l'écarteur, à tout repousser en bas qu'on élargira peu à peu la brèche et qu'on se créera un jour suffisant. Quand on a suffisamment forcé tous ces plans, on maintient la béance en y appliquant deux écarteurs de Farabeuf fortement réclinés par un aide en bas et sur les côtés.

Section du col : On peut employer la scie de Gigli ou la pince-gouge. La première est difficile à passer, car la région est étroite et le col, très épais de dehors en dedans, se laisse difficilement contourner. Aucune aiguille courbe ne permet de le faire. Un passe-fil spécial que le D^r P. Ferrier, après m'avoir assisté dans plusieurs de ces opérations, avait fait construire par la maison Guyot, n'empêche pas cette mise en place d'être laborieuse. Aussi préférons-nous de beaucoup la section à la pince-gouge. Il suffit, avec la pince à mors fins de Lombard, de gruger progressivement le col par une série de morsures, pour le sectionner complètement en quelques instants.

Extraction du condyle : Le col étant coupé, l'extraction du condyle est très facile. Il suffit de le saisir avec un davier droit et de l'arracher par torsion. La résistance

des quelques trousseaux fibreux qui le retiennent est toujours faible.

Hémostase : Elle est quelquefois un temps important de l'opération. On rencontre en effet successivement : la temporale superficielle et ses veines satellites, toujours faciles à lier ; — le plexus veineux péricondylien, dont l'hémorragie est habituellement très gênante, mais que la compression seule suffit à maîtriser en quelques minutes ; — l'artère maxillaire interne plus profonde, dont la blessure serait très gênante, mais qu'il est facile d'éviter en rasant de près le condyle.

Fermeture de la plaie : Très simple. Deux agrafes de Michel ou deux fins points de suture sur chaque incision y suffisent. Il n'y a aucune réunion profonde à faire.

8° *M. Leriche* a employé l'incision unique de Delbet renversée, oblique en bas et en arrière.

Discussion. — Il est juste de dire tout d'abord que toutes ces incisions sont bonnes au point de vue du facial à respecter, puisque aucun des auteurs précités n'a signalé de paralysie faciale vraie par section. Mais il peut y avoir paralysie faciale par traction (*Ollier*). Si toutes ces incisions découvrent la temporo-maxillaire et respectent le facial, cela ne veut pas dire qu'elles soient toutes à recommander pour le point qui nous occupe. Dans les luxations, en effet, le condyle est reporté en avant, parfois assez loin de la cavité glénoïde ; aussi toute incision qui est limitée en avant et qui ne peut être prolongée en avant à la recherche du condyle, doit être rejetée. C'est pour cette raison que nous devons rejeter l'incision de *Huguier*, en faisant bien remarquer que c'est cette inci-

sion qui paraît devoir mettre le plus sûrement à l'abri du nerf facial, aussi bien de sa bifurcation que de ses branches temporales, et que, par conséquent, c'est elle qui est peut-être l'incision de choix pour la résection dans les ankyloses. De même celle de M. Dufourmentel.

L'incision de Farabeuf descend un peu bas et demande beaucoup de prudence ; d'ailleurs il est bien recommandé de n'inciser, dans la moitié inférieure de sa partie descendante, absolument que la peau.

L'incision d'Ollier est celle qui doit donner le plus de jour. Celle de Neff est certainement celle qui s'éloigne le plus des filets du nerf facial.

Aussi bien, pourrait-on proposer une incision qui serait soit l'incision d'Ollier ou de Farabeuf remontée, soit celle de Neff descendue. On pourrait faire une incision curviligne ou angulaire ouverte en bas et en avant ; sa partie horizontale serait au niveau du bord supérieur de l'apophyse zygomatique et le longerait jusqu'au tragus ; sa partie descendante longerait le bord postérieur de l'articulation temporo-maxillaire et du col du condyle maxillaire, sans dépasser celui-ci en bas.

On pourrait alors inciser l'aponévrose temporale à fond jusqu'au zygoma, dans l'angle postéro-supérieur de la plaie, en avant du paquet vasculaire temporal superficiel et du nerf auriculo-temporal qu'il vaut mieux ménager, on rabattrait en bas et en avant un volet cutané-aponévrotique dans lequel se trouveraient contenus quelques filets du facial, si on le prolongeait en avant.

Il n'y a rien de bien particulier à dire sur la technique propre de l'intervention, si ce n'est que l'on doit libérer du mieux que l'on pourra les adhérences péri-condy-

liennes ; c'est peut-être pour n'avoir pas fait une libération suffisante que Mazzoni a dû laisser en place les condyles, après la section du col.

Nous avons, dans tout cet exposé, laissé de côté une voie d'abord très spéciale, qui a été employée par Hildebrandt, et qui est la résection temporaire de l'apophyse zygomatique. Les éléments indiscutables nous manquent pour la discuter, car nous n'avons pu nous procurer l'observation *in extenso*, nous en avons seulement traduit le résumé, fait par l'auteur lui-même, dans le *Zentralblatt für Chirurgie*. Cette voie d'abord est très anatomique et doit donner un large jour pour la reposition et la libération des adhérences. Mais n'est-elle pas un peu mutilante ? elle doit sectionner plusieurs des filets jugaux du facial, la réparation doit être plus longue, la bascule du zygoma peut exposer à l'élongation du nerf massétérin. Il est vrai que celui-ci a dû courir quelques risques dans les interventions qui ont entamé les origines supérieures du masséter. Il serait intéressant d'avoir le résultat éloigné sur l'opéré de Hildebrandt.

CHAPITRE V

Soins post-opératoires

Si l'on met à part les soins d'ordre banal que peut nécessiter toute intervention sur la face, y compris l'alimentation liquide pendant les premiers jours, il semble que les auteurs ne se soient généralement pas préoccupés d'un traitement spécial de mobilisation et de maintien de la réduction. A vrai dire, les résultats sont généralement satisfaisants et suffisants, mais rien ne prouve qu'ils ne peuvent pas être améliorés ou plus rapidement obtenus. La pince à linge est un moyen simple de mobiliser l'articulation temporo-maxillaire. D'autres appareils plus compliqués existent ; certains ont été décrits dans la thèse de Clerc.

Dans les résections pour ankylose, après la résection, on doit faire face à deux obligations : 1° Mobiliser la fausse articulation ; 2° Remettre l'articulé dentaire en correspondance des antagonistes.

L'appareil de Darcissac paraît bien remplir ces deux indications. En voici la description empruntée à Sébilleau : « Deux gouttières en métal ou en vulcanite adaptées sur les arcades dentaires et munies latéralement de tubes vestibulaires horizontaux. Dans ces tubes de forme ovale s'emboîtent des tiges métalliques qui sortent de la bouche au niveau de la commissure et se recourbent en U. Les deux tiges de la gouttière inférieure se prolongent extérieurement en arrière jusqu'à un plan frontal passant approximativement par les premières ou deuxième grosses molaires ; leur extrémité porte un crochet. Les tiges de la gouttière supérieure vont parallèlement aux précédentes, et un peu en dehors d'elles, jusqu'au plan frontal des molaires, puis se recourbent à angle droit et se prolongent verticalement en bas sur une longueur de dix centimètres environ ; elles se terminent également par un crochet ». L'appareil étant en place, si l'on réunit par des élastiques les extrémités des tiges correspondantes, on réalise un dilatateur buccal dont l'action est continue, facilement réglable, dont la pression est répartie sur les arcades, et qui réalise indirectement la mobilisation permanente du maxillaire inférieur.

Les chirurgiens spécialisés paraissent, plus que les autres, attacher une importance au traitement post-opératoire. Voici, à ce propos, comment s'exprime M. Dufourmentel au sujet du résultat de la résection condylienne : « Il est excellent de tous points, à une condition que je crois formelle, c'est que l'adaptation des arcades dentaires soit soumise à la direction d'un prothésiste. Il faut que l'opéré soit muni le plus rapidement possible d'un appareil-guide assurant le bon articulé interdentaire. Il

est mieux encore que cet appareil soit muni de crochets permettant l'application d'une force élastique tirant la mandibule en haut et en arrière. De cette façon, on ne court pas le risque de voir la mauvaise position se rétablir, et on combat le mouvement d'ascension de la branche montante qui, au début, résulte de sa diminution de longueur et se traduit par la béance antérieure. En quatre à six semaines, le résultat est définitivement acquis. » (Cet avis juge, il est vrai, la résection condylienne pour prognathisme, mais les conditions anatomiques post-opératoires sont les mêmes que celles qui nous intéressent).

CHAPITRE VI

Indications et résultats

Avant d'examiner dans quelles conditions telle ou telle intervention devra être pratiquée, et quel résultat on sera en droit d'en attendre, d'après les preuves qu'elle a faites, on doit d'abord se demander si l'on doit opérer toutes les luxations irréductibles.

Il semble bien que la réponse ne peut être qu'affirmative ; même une subluxation légère de la temporo-maxillaire va entraîner deux ordres de troubles : d'une part une béance de la bouche qui, si peu marquée qu'elle soit, sera toujours disgracieuse et malpropre ; d'autre part, une modification de l'articulé dentaire obligeant le patient à une alimentation semi-liquide.

Les interventions que nous aurons à proposer sont de trois ordres : 1° Réduction sanglante pure et simple, ou avec libération des adhérences fibreuses ou des rétractions musculaires ; 2° Ménissectomie ; 3° Résection

condylienne. Il est bien entendu que toute intervention doit être précédée de la tentative de réduction non sanglante sous-anesthésie. Les observations de M. Tixier montrent qu'elle peut réussir.

Entre ces divers procédés opératoires, comment choisir ? Etant donné qu'il ne paraît pas possible d'individualiser des types cliniques différents parmi les luxations anciennes irréductibles, les diverses interventions à proposer vont se juger par les résultats qu'elles ont déjà donnés.

Or, il en est une sur laquelle on a peu d'expérience puisqu'elle n'a été pratiquée qu'une fois, par Morestin, c'est la ménisectomie. L'ablation des deux ménisques temporo-maxillaires a donné un résultat nettement insuffisant. Il convient de remarquer que le malade s'est refusé à tous soins post-opératoires et qu'il a échappé un peu vite à son chirurgien ; mais avec les autres procédés, des malades ont guéri facilement avec la même insouciance de la période post-opératoire. D'autre part, on doit se demander ce que peut devenir une articulation bi-condylienne à ménisque, lorsqu'elle a été privée de son ménisque ; il nous paraît impossible que la mâchoire inférieure ne se mette en rétro-position par glissement complet des condyles maxillaires dans les cavités glénoïdes, d'où modification de l'articulé dentaire et, par conséquent, impossibilité d'avoir un résultat fonctionnel entièrement satisfaisant.

Restent donc en présence : d'une part, la reposition pure ou agrémentée de libérations ; d'autre part, la résection condylienne. Il est difficile de dire qu'elles ne s'adressent pas aux mêmes cas ; voyons ce qu'elles ont donné.

La résection condylienne n'a pas d'échecs à son actif : tous les auteurs ont été satisfaits des résultats qu'ils ont obtenus, et si Mazzoni, en 1878, signale la guérison complète en trois mois, il convient de dire qu'aujourd'hui cette guérison peut être obtenue en deux semaines. Somme toute, c'est une opération sûre, qui atteint bien son but, à laquelle on peut seulement reprocher une petite mutilation anatomique qui peut être parfois inutile.

Voyons, d'autre part, les résultats de la reposition. Celle-ci a été faite de plusieurs manières différentes, mais il ne semble pas que ces diverses modalités aient eu grande influence sur le résultat. Nous devons mettre à part le cas de Mac Bean Ross, dans lequel la reposition se maintint, mais fut compliquée au bout de quarante-huit heures par la luxation du côté opposé, vraisemblablement due à un vice de développement osseux dans une luxation de l'enfance très ancienne. Dans les autres cas, la reposition a été satisfaisante, et il semble que dans les cas où elle doit échouer, c'est au cours même de l'intervention que se reproduira la reluxation ; c'est du moins ce qui s'est passé dans l'observation de MM. Bérard et Pinatelle.

Aussi bien, nous ne pensons pas qu'il faille opposer la réposition à la résection, on peut tenter l'une et terminer par l'autre, et le traitement des luxations anciennes doit être, pensons-nous, conduit de la façon suivante :

D'abord examen complet de la lésion, avec radiographie montrant l'importance des facteurs osseux ;

Ensuite, tentative de réduction non sanglante sans anesthésie, aidée d'instruments spéciaux si nécessaire ;

Puis, mêmes tentatives sous-anesthésie, le malade étant prévenu que ce peut être le premier pas vers la réduction sanglante ;

Intervention par la voie d'abord déjà étudiée, libération de toute la périphérie des surfaces articulaires, et tentative de reposition : si la luxation paraît réduite complètement et définitivement, le résultat cherché est obtenu ;

Sinon, c'est la résection bi-condylienne qui le donnera.

La surveillance du malade, au point de vue de la rééducation fonctionnelle dans les jours qui suivent l'intervention, ne peut que présenter des avantages.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons sont au nombre de 12. Elles sont classées de la façon suivante :

- 1° Réduction simple (2 observations de M. Tixier) ;
- 2° Reposition sanglante par différentes méthodes (Observ. III à VII, Hildebrandt, Kramer, Samter, Mac Bean Ross, Leriche) ;
- 3° Ménissectomie (Observ. VIII, Morestin) ;
- 4° Résection (Observ. IX à XII, Mazzoni, Bérard et Pinatelle, Bazy et Sénéchal, Patel).

OBSERVATION I

(TIXIER)

*Réduction d'une luxation double de la mâchoire
datant de 72 jours.*

Mlle F..., 26 ans, entre le 5 avril 1908 pour traumatisme de la mâchoire inférieure survenu il y a 72 jours. Le choc a porté sur le menton, mais aucune précision sur sa direction,

car il y eut syncope. Les premiers jours, bouche entr'ouverte, perte de la salive, troubles de la déglutition, reflux par le nez. Alimentation au lait et au bouillon seule possible. Peu à peu la bouche se ferme, les troubles s'amendent légèrement; (peut-être faut-il attribuer à cela le défaut de réduction par un médecin).

A l'entrée, prognatisme très marqué; les arcades dentaires inférieures débordent les supérieures de 1 centimètre au moins. Il n'y a pas de déviation du menton. Les dents de la mâchoire inférieure sont toutes au même niveau, donc pas de fracture du corps. On ne sent pas, à l'entrée du conduit auditif externe, la saillie formée par les condyles.

Troubles fonctionnels : 1° Difficulté très grande d'ouvrir la bouche, mouvements très limités; 2° douleurs assez vives, surtout la nuit, empêchant le sommeil, prédominant au niveau de la région massétérine gauche; 3° en parlant, la malade « pousse de la langue »; 4° impossibilité de manger des aliments solides, fausses routes fréquentes dans le larynx.

Intervention le 8 avril 1908. — Anesthésie profonde; à l'aire d'écarteurs puissants placés derrière la dernière molaire, on abaisse énergiquement la mâchoire, tandis que l'on propulse le menton en haut et en arrière. En déclanchant brusquement l'écarteur, on réduit d'abord à droite, puis à gauche, et enfin symétriquement on replace les condyles dans l'articulation. Bande d'Esmarch serrée pendant 24 heures. Résultat parfait le lendemain. La malade sort complètement guérie le 19 avril.

OBSERVATION II

(TIXIER)

Réduction d'une luxation double de la mâchoire datant de 45 jours.

Mme P..., 35 ans, entre le 1^{er} juillet 1912 pour une luxation de la mâchoire. La malade, qui est épileptique, prit une crise il y a un mois et demi, dans la nuit. Le matin elle avait la figure enflée et ne pouvait plus bouger la mâchoire inférieure. La malade est restée ainsi jusqu'à il y a huit jours,

où elle se décida à voir un médecin qui lui conseilla de venir à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement la mâchoire inférieure fait saillie en avant, la bouche est entr'ouverte, le maxillaire inférieur est complètement immobile ; écoulement de salive par la bouche. Au palper, on constate que la branche montante du maxillaire a une direction oblique en bas et en arrière. Le masséter et le ptérygoïdien sont tendus comme deux cordes. Les cavités glénoïdes sont vides, on y met facilement le doigt. Au toucher intra-buccal, on bute immédiatement sur la branche montante, qui a une direction oblique ; on sent nettement les deux condyles faisant saillie dans la bouche. La déformation est symétrique. On trouve les mêmes signes des deux côtés ; le menton est exactement médian. La malade peut encore manger des aliments tendres.

Le 8 juillet 1912, intervention. — Sous-anesthésie on sent nettement dans l'intérieur de la bouche, dans le sillon ginguivo-jugal, l'apophyse coronoïde fortement inclinée en avant au-dessous de l'apophyse malaire.

Par des manœuvres d'écartements successifs forcés portant sur les arcades alvéolaires et les bords de la branche montante, on arrive successivement à réduire la luxation, d'abord à gauche, puis à droite. Au moment même, la luxation se reproduit avec une facilité extrême. On la réduit. Quand la réduction est obtenue, on la fixe avec une fronde énergique.

Le 17, la malade part guérie.

OBSERVATION III

(HILDEBRANDT)

Un cas de luxation ancienne bilatérale de la mâchoire
(Zentralblt für Chirurgie, 1901, N° 29)

L'auteur rapporte un cas de luxation ancienne (six mois) bilatéral de la mâchoire, dans lequel réussit la reposition, après résection temporaire de l'arcade zygomatique et soulèvement du condyle de la base du crâne à l'aide d'un élévateur, sans section musculaire ou aponévrotique, et sans résection du condyle.

OBSERVATION IV

(KRAMER)

Sur le traitement des luxations irréductibles de la mâchoire inférieure.

(*Zentralblatt für Chirurgie*, 6 avril 1901)

Le cas concerne une jeune fille de 20 ans, qui présentait depuis cinq semaines, à la suite d'une gifle sur la joue droite, une luxation de la mâchoire du côté correspondant. Comme la malade était très gênée par l'ouverture de la bouche pour la mastication et la parole, et comme la luxation résistait aux tentatives de réduction sous-anesthésie, je me décidai, sur la demande de la malade, à essayer la reposition par la voie sanglante.

Incision horizontale sur le bord inférieur de l'arcade zygomatique du côté droit, et un peu en avant du milieu de celle-ci, incision verticalement descendante, n'entamant que la peau, — comme cela est recommandé par König pour la résection, — avec désinsertion partielle du masséter. Séparation des faisceaux externes du ptérygoïdien externe et des ligaments, et libération sans ouverture de la capsule articulaire trouvée intacte ; hémorragie minime. Alors seulement la reposition réussit par pression directe en bas et en arrière. Mise en place d'une bande de gaze dans la plaie, fixation du masséter à l'os par quelques points, fermeture de la plaie.

La guérison survint sans réaction ; alimentation liquide pendant les premiers jours. A la sortie de la malade, deux semaines après l'opération, elle pouvait ouvrir la bouche avec un écartement de deux centimètres entre les dents antérieures ; peu à peu l'ouverture devint normale, et maintenant les mouvements de la mâchoire sont complètement libres.

OBSERVATION V

(SAMTER)

*Sur la reposition sanglante des luxations anciennes
irréductibles de la mâchoire inférieure.*

(*Zentralblatt für Chirurgie*, 1904, N° 27)

La malade, âgée de 24 ans, présentait une luxation double depuis un an. L'essai de réduction non sanglante sous-anesthésie échoua.

L'intervention partit de ce principe que le masséter et le ptérygoïdien interne avaient passé de leur direction oblique en bas et en arrière à la direction verticale par suite de la rétraction, et qu'en conséquence le principal obstacle à la reposition céderait lorsque l'angle de la mâchoire serait reporté en haut et en avant. Conformément à cela, une incision curviligne fut tracée autour de l'angle de la mâchoire, comme pour la découverte de la Troisième branche du trijumeau par le procédé de Lücke et Sonnenburg ; l'os fut dégagé, et les deux muscles détachés, par la méthode sous-périostée, de l'angle de la mâchoire. Par la face postérieure de la branche montante du maxillaire on put, avec un élévateur courbe et étroit de Kramer, libérer les adhérences articulaires aussi bien que celles du condyle maxillaire, et aussitôt la réduction du côté droit réussit facilement. A gauche, on libère seulement en premier lieu l'angle maxillaire et les faisceaux postérieurs des deux muscles. Là, la tentative de reposition échoua, malgré le temps et la force employés. Ce n'est que lorsque l'opération fut complétée de la même façon qu'à droite, que la réduction s'en suivit aussi. Les obstacles à la reposition sont donc bien réels ; on doit penser que la libération trouvera désormais son application avec succès pour les luxations anciennes irréductibles, à la place de la résection employée jusqu'ici. Le malade présenté avait une ouverture normale de la bouche, radiographie à l'appui.

OBSERVATION VI

MAC BEAN ROSS ET AGANOOR

Un cas intéressant de luxation ancienne de la mâchoire
(Th. LANCET, 15 août 1908).

Un jeune Arménien de 18 ans vint à notre dispensaire en se plaignant de difficultés d'alimentation, de caractère spasmodique. A l'examen on trouva une luxation de la mâchoire du côté droit, le condyle étant absent de la cavité glénoïde. L'aspect du malade était caractéristique. Il pouvait ouvrir la bouche seulement d'un demi-pouce, et tout le maxillaire inférieur apparaissait comme mal développé. Le malade ne pouvait se rappeler depuis quand existait la déformation, mais celle-ci était apparue à la suite d'une gifle reçue quand il était enfant.

Le malade fut endormi au chloroforme, et comme les tentatives de réduction échouaient, une incision fut faite dans la région de la cavité glénoïde. Des fibres du masséter et du ptérygoïdien interne furent coupées, le condyle droit fut libéré de ses adhérences et remplacé. La plaie guérit par première intention, et la luxation ne se reproduisit pas ; mais deux jours après l'intervention le condyle gauche fut trouvé luxé et ne put être remplacé. Ceci fut considéré comme un vice de développement de la dimension de courbure du maxillaire inférieur. Le malade dit qu'il a recueilli un grand bénéfice de l'opération, il peut ouvrir la bouche presque normalement. Il se demande toutefois s'il doit subir un autre traitement. Nous pensons que la seule chose à faire serait la section de la symphyse, mais nous ne sommes pas sûrs qu'une telle opération ait déjà été appliquée dans ce cas, et nous ne savons pas quel résultat elle donnerait.

OBSERVATION VII

(LERICHE)

Société de Chirurgie de Lyon, 17 novembre 1921.

« J'ai vu, en 1919, une luxation ancienne de la mâchoire inférieure datant de 176 jours. Elle s'était faite brusquement,

le 5 octobre, dans une crise de délire au cours de la grippe. Malgré la déformation, chose singulière, la luxation fut méconnue jusqu'à la fin mars. A ce moment, un nouveau médecin consulté reconnut la luxation, essaya une réduction sous anesthésie, et, ne réussissant pas, m'adressa la malade.

« Le 1^{er} avril, après une nouvelle tentative de réduction manuelle, je découvris le condyle d'un côté par une incision oblique de haut en bas et d'avant en arrière. J'ouvris la capsule, et à ma grande surprise, en faisant levier avec une rugine, réussis du premier coup à mettre en place le condyle. Mais, étant donné que l'autre côté n'était pas réduit, le déplacement se reproduisait facilement. Je fis donc la même incision et la même manœuvre de l'autre côté. Quand les deux condyles furent en place, la réduction était parfaite, et on put faire ouvrir et fermer la bouche, sans que la luxation se reproduise.

« Les plaies furent alors fermées. Les incisions avaient été minuscules et le facial non rencontré était intact. Dès le lendemain je permis d'ouvrir un peu pour l'alimentation et ainsi de suite progressivement.

« Le 8, lors de l'ablation des fils, la malade ouvrait spontanément de façon à admettre deux doigts. La situation s'améliora progressivement, et je revis ma malade trois mois plus tard, redevenue normale. Les cicatrices étaient complètement cachées. La face avait retrouvé son aspect régulier, et, depuis, cette jeune fille s'est mariée.

« Quelle était dans ce cas la cause de l'irréductibilité ? Je n'en sais rien, je ne l'ai pas vue. Il n'y a qu'une seule chose de certaine, c'est qu'il s'agissait d'une luxation double ancienne, et que la double reposition sanglante a donné un résultat parfait. »

OBSERVATION VIII

(MORESTIN)

(Congrès de Chirurgie, 1905.)

Luxation irréductible de la mâchoire inférieure

Il s'agissait d'un charretier de 54 ans, entré le 7 septembre 1904 à l'hôpital Saint-Louis. Une voiture à bras lui avait

passé sur le visage le 19 août, produisant une luxation bilatérale et une fracture de la branche montante du côté droit. Le jour de l'accident et le lendemain on fit pour réduire la luxation diverses tentatives, infructueuses. De fait, béance permanente de la bouche, prognatisme, impossibilité de la mastication, élocution inintelligible, écoulement continu de la salive, dépression préauriculaire à la place vide des condyles, rien ne manquait au tableau de la luxation bilatérale. Le toucher buccal combiné à la palpation externe permettait en outre de sentir le cal en voie de formation autour des fragments de la fracture.

Le 9 septembre, j'essayai vainement de réduire la luxation, d'abord sans anesthésie, puis sous le chloroforme. J'avais pris soin cependant, quand le malade fut endormi, de mobiliser graduellement les condyles, de leur imprimer des mouvements de latéralité, et diriger le mieux possible mes efforts pour obtenir la réintégration. J'employai sans meilleur résultat, un écarteur puissant placé entre les dernières molaires pour abaisser la partie postérieure de la mâchoire, pendant que le menton était relevé avec la main. Les tentatives de mes internes n'aboutirent également à rien.

Le 13 septembre, je me décidai à pratiquer une réduction sanglante. Mon but était de réséquer les condyles. Je commençai par le côté gauche, traçant une petite incision en équerre dont la branche horizontale suivait le bord inférieur de l'arcade zygomatique. En recherchant le condyle, je trouvai d'abord, comme je m'y attendais, le ménisque de l'articulation, demeuré selon la règle appendu au temporal.

Je fis l'extirpation de ce ménisque. Essayant alors de ramener le condyle en arrière, j'obtins facilement la réduction. Je crus alors bien faire en ne touchant pas au condyle, et répétei la même opération du côté droit, me disant qu'il serait temps plus tard de supprimer le condyle si le résultat laissait à désirer, et si la mobilité restait insuffisante. A droite la réduction fut un peu plus laborieuse, à cause de la fracture qui avait amené une inflexion en avant de la branche montante et du condyle. Pour empêcher la reproduction du déplacement, j'appliquai une fronde formée d'une bande élastique.

Les suites opératoires furent très simples, et des deux côtés la guérison de la plaie s'effectua sans encombre. Malheureusement le malade s'est immédiatement dérobé à notre surveillance, alors que les soins consécutifs avaient une si grande importance. Rien ne put vaincre la stupide obstination de cet homme primitif qui, une fois les fils enlevés quitta l'hôpital et regagna les champs.

Il m'a fait écrire le 25 février 1905, qu'il ouvrait la bouche assez difficilement, qu'il mangeait avec peine le pain et la viande. Et cependant, ajoute-t-il, je sens une amélioration sensible depuis peu. »

OBSERVATION IX

(MAZZONI)

Luxation bilatérale de la mâchoire inférieure ancienne et irréductible; résection des deux condyles; succès complet
(*Clinica chirurgica*, Roma, 1878 ; in thèse ZIPFEL)

Une jeune femme de 27 ans, de santé générale excellente, s'est présentée à notre clinique, il y a quelques jours, en nous racontant qu'il y a environ huit mois, après avoir bâillé, il lui fut impossible de fermer la bouche, et depuis cette époque elle est restée dans cet état, malgré différentes tentatives de réduction. La mâchoire inférieure est portée en avant, la bouche est ouverte et immobile, la salive s'écoule sans cesse. Les incisives supérieures sont séparées des inférieures d'environ deux centimètres. Les condyles sont saillants et laissent derrière eux, jusqu'au conduit auditif externe, une dépression dans laquelle on peut facilement loger un doigt. Les joues sont allongées, déprimées en avant, et présentent une forte saillie en arrière, au niveau du masséter ; le muscle temporal fait aussi une saillie ; la malade balbutie. Après avoir, sous le chloroforme, fait de nouvelles tentatives de réduction, nous avons résolu d'intervenir.

Je fis la résection des deux condyles, mais nous n'avons pu les extraire comme nous nous propositions de le faire, car ils étaient retournés à leur place normale par suite de l'action musculaire ; par conséquent, dans un cas semblable, il vaudrait mieux fixer les condyles avant de les sectionner.

Le maxillaire inférieur reprit sa place normale, toute difformité avait disparu. Au bout de trois mois, la malade complètement rétablie fut présentée à l'Académie de Médecine de Rome ; la parole est facile, et les mouvements de la mâchoire bien rétablis.

OBSERVATION X

BÉRARD et PINATELLE

Luxation bilatérale irréductible de la mâchoire, résection des deux condyles

(Société de Chirurgie de Lyon, 26 mai 1904)

Cinq mois auparavant, la malade, âgée de 47 ans, est restée accrochée par l'angle du maxillaire à une barre de fer fixée à un mur, et s'est débattue quelque temps dans cette position avant de se dégager. Elle éprouva immédiatement les symptômes fonctionnels dont elle souffrait à son entrée, mais elle s'y résigna ; par la suite, son état cérébral nécessita son admission dans un asile, où la lésion fut découverte.

A l'entrée, on est à première vue frappé par la déformation en polichinelle du visage, le menton en galoche ; un examen plus complet permet de reconnaître tous les signes classiques d'une luxation bilatérale de la mâchoire en avant, sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister. Au point de vue fonctionnel, il est à noter néanmoins que la malade paraît moins souffrir de l'attitude vicieuse de sa luxation que de l'ankylose, ou tout au moins de la raideur consécutive de cette articulation. Il se trouve même que cette limitation extrême des mouvements (dont l'amplitude n'atteint pas un travers de doigt au niveau des incisives), porte bien plus exactement sur l'ouverture que sur la fermeture de la bouche.

M. Bérard tenta tout d'abord la réduction non sanglante. Sous anesthésie et à diverses reprises, les tractions directes, le coin de bois sur les molaires, la pince de Stromeyer furent essayés en vain. D'ailleurs le record de Gosselin et Nélaton, réduisant l'un et l'autre une luxation temporo-maxillaire de 130 jours, n'a pas encore été battu jusqu'ici. Il fallait recourir à une intervention sanglante qui fut pratiquée en deux temps successifs.

Par l'incision classique de la résection, M. Bérard aborde les condyles luxés ; il constate que le seul obstacle à la réduction est constitué par d'abondants trousseaux capsulaires et fibreux ; ceux-ci sectionnés, la reposition est alors facilement obtenue par traction directe du col de l'os en arrière. Mais alors un double écueil semble menacer l'articulation réduite: la récurrence de la luxation, et l'ankylose. Car d'une part le ménisque absent ne s'oppose plus aux déplacements du condyle qui, en équilibre instable, glisse en avant dès que l'on cesse la traction ; d'autre part, les nombreuses brides fibreuses sectionnées ou rompues autour de la jointure vont reprendre leur œuvre de rétraction cicatricielle. C'est pourquoi M. Bérard termine par la résection du condyle. Aucun traitement ultérieur spécial. Les résultats, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel, sont parfaits, et la malade a, au bout d'un mois avec une réduction maintenue, une amplitude à peu près normale des mouvements de la mâchoire.

OBSERVATION XI

(BAZY et SÉNÉCHAL)

Note sur le traitement des luxations irréductibles de la mâchoire inférieure par la méthode sanglante
(Revue d'Orthopédie, 1906, p. 353)

Le 1^{er} mai 1905, M. M... vient à l'hôpital Beaujon présentant une luxation de la mâchoire qui paraît dater de six semaines : en effet, le 16 mars, le malade, dans une perte de connaissance, tombe dans un escalier, et à partir de ce jour ne peut plus fermer la bouche. Le maxillaire inférieur est fortement projeté en avant ; on ne sent pas les condyles à leur place normale ; ils sont plus en avant, sous l'arcade zygomatique. Le malade est obligé de se nourrir de liquides et d'aliments mous.

Le 5 mai, on fait sous chloroforme une tentative de réduction à la pince de Stromeyer ; après quelques pesées sur le levier on ébranle les deux dernières molaires, et aussitôt on suspend la tentative.

Le 16 mai, on pratique alors l'opération de Mazzoni : on fait à droite une incision courbe longeant le bord inférieur de l'arcade zygomatique ; on incise les tissus et on dénude l'arcade ; on arrive sur le condyle qu'on sectionne et qu'on enlève, on met du peroxyde de zinc et une mèche de gaze aseptique. Du côté gauche on fait l'incision un peu plus bas ; on arrive avec plus de facilité sur le maxillaire et on sectionne la partie moyenne du col du condyle ; ablation de celui-ci, et on ferme comme de l'autre côté en laissant une mèche.

Immédiatement après l'opération on peut rapprocher les deux mâchoires de façon à faire grincer les dents du malade.

Pendant trois jours, on immobilise la mâchoire inférieure en la repoussant un peu en arrière de la supérieure, mais lorsqu'on desserre le pansement, on voit les dents inférieures correspondre exactement aux supérieures. Le malade nous déclare alors qu'avant sa luxation, sa mâchoire supérieure se trouvait un peu en avant de la supérieure.

Au bout de huit jours la cicatrisation des plaies était complète, en quinze jours après l'opération le malade pouvait manger de tout et même mâcher la viande.

OBSERVATION XII

(PATEL)

Luxation bilatérale ancienne de la mâchoire; résection des condyles

(Société de Chirurgie de Lyon, 17 novembre 1921)

La malade vient à l'hôpital parce qu'elle ne peut plus mâcher ses aliments. Il y a trois semaines, brusquement, sans cause apparente, la malade qui portait à sa bouche une tasse de thé ne put plus refermer sa bouche. Soignée le jour même par deux médecins pour contracture nerveuse. Huit jours après voit un dentiste, et trois jours plus tard vient voir à Lyon un médecin qui constate la luxation et envoie la malade à un chirurgien. Aucune tentative de réduction n'a été pratiquée, sauf quinze jours après la luxation. La réduction fut alors impossible sous anesthésie.

Actuellement la malade ne peut fermer complètement la

bouche, la mâchoire inférieure est en avant de la mâchoire supérieure et les dents ne s'articulent pas. La mastication est impossible, la parole est relativement peu gênée.

A l'examen de l'articulation, on constate à droite la présence du condyle déplacé qui se meut à deux travers de doigt de l'angle externe de l'œil. A gauche le condyle est mal perçu. Pas de douleur à la pression, douleurs dans les tempes. La radiographie montre un très grand déplacement des condyles, surtout à gauche. Intervention le 3 octobre 1921 (M. Patel), sous anesthésie à l'éther. A droite, incision en T d'Ollier. Le condyle est difficile à exposer, il est fixé en avant. Section du col du condyle à la gouge et au maillet. A gauche, incision en V de Dufourmentel. Abord plus facile du condyle. Section du col à la gouge et au maillet.

Après cette double opération, le maxillaire retourne à sa place normale, la bouche se ferme et l'articulation des dents se fait. Pas de lésions du nerf facial, à droite ni à gauche. L'hémorragie sous-conjonctivale est à peu près disparue au huitième jour. Dix jours après l'intervention, la malade ouvre la bouche, parle et mange comme avant.

La malade est revue le 21 juin. Elle ne se ressent aucunement de sa luxation. Les mouvements se font librement. La mastication s'effectue normalement, sans difficulté et sans douleur, les arcades dentaires s'engrènent bien. En somme, excellent résultat opératoire.

(Voir plus loin les schémas des radiographies).

CHAPITRE VII

Exploration radiographique de l'articulation temporo-Maxillaire

L'étude radiographique de cette articulation ne semble pas avoir donné naissance à beaucoup de recherches. Dans la plupart des traités classiques, la question n'est même pas abordée.

La technique décrite dernièrement par le D^r Arcelin, chef du service de radiologie de l'hôpital Saint-Luc permet d'avoir une excellente radiographie de profil de cette articulation. Elle montre parfaitement bien la cavité glénoïde, l'interligne articulaire et le condyle.

Cette technique repose sur deux points particuliers : la distance anticathode-plaque et la direction du rayon normal d'incidence :

1° En réduisant la distance anticathode-plaque à 40 centimètres environ, il arrive que l'articulation temporo-maxillaire qui est au contact de la plaque est parfaite-

ment nette, tandis que l'autre articulation, éloignée de la plaque, manque absolument de netteté. Il est très facile, dans ces conditions, de lire la radiographie et de rapporter à chaque image, à chaque ombre portée, ce qui lui revient en propre.

En radiographiant un squelette dans ces conditions techniques, on a véritablement l'impression que le crâne a été coupé en deux suivant un plan médian antéro-postérieur et que la radiographie a été obtenue d'après une seule moitié. (Voir fig. I.)

La seconde condition pour obtenir une bonne épreuve est d'orienter convenablement le rayon central du faisceau de rayons X.

Il faut que ce rayon soit dirigé sur l'articulation temporo-maxillaire à examiner en passant du côté opposé, c'est-à-dire du côté de la pénétration du faisceau de rayons X, à 1 cm. environ au-dessous du milieu de l'échancrure sigmoïdes.

Pour faciliter cette orientation, nous avons l'habitude de marquer sur la peau le point de pénétration du rayon central du faisceau.

Pour obtenir de belles épreuves, le sujet est étendu dans le décubitus dorsal, la plaque fortement appuyée contre la région à examiner.

Au moyen d'un pied de Drault l'ampoule est orientée très facilement suivant la ligne indiquée.

Nous donnons ici les calques très exacts de notre propre radiographie, l'une faite les arcades dentaires fermées, l'autre faite les arcades dentaires fermées et l'autre faite le maxillaire inférieur subluxé en avant.

Sur la deuxième épreuve (fig. 2), on distingue très bien

le condyle et son col. Le bord postérieur de la branche montante est des plus nets.

En haut, séparée par l'interligne articulaire, la cavité cotyloïde limitée en avant par le tubercule zygomatique et le condyle du temporal.

Plus en haut et en arrière, on distingue l'ombre du conduit auditif.

Au-dessous, l'apophyse cotyloïde donne une ombre très nette.

En arrière, l'apophyse mastoïde se reconnaît à sa forme et à sa structure. Plus bas, les premières vertèbres cervicales se dessinent.

Sur la figure 3, la subluxation du maxillaire inférieur se dessine très bien ; le condyle a quitté le fond de la cavité glénoïde, il est venu se placer en avant, au-dessous du condyle du temporal, se superposant très légèrement avec le tubercule zygomatique.

Les deux schémas 5 et 6 sont ceux des radiographies de la malade opérée par M. Patel (V. Observation XII), radiographies prises avant et après l'intervention.

Dans le premier, on verra nettement la luxation bilatérale. Les condyles sont en avant des tubercules zygomatiques, les cavités glénoïdes sont vides. Le prognathisme inférieur est très net et très marqué.

Dans le deuxième, on ne voit plus les condyles, qui ont été réséqués. Il s'est formé une nouvelle articulation. Le prognathisme inférieur n'existe plus.

Les autres schémas sont ceux de radiographies faites également par le Docteur Arcelin.

Le septième montre un condyle aplati porté par un col très réduit ; le huitième montre une cavité glénoïde désha-

bitée complètement, le maxillaire très réduit n'a plus ni col ni condyle ; on fait une résection ; le neuvième montre une articulation temporo-maxillaire dans laquelle l'interligne articulaire a disparu totalement. Le col et le condyle, déformés, se continuent et font bloc avec le temporal.

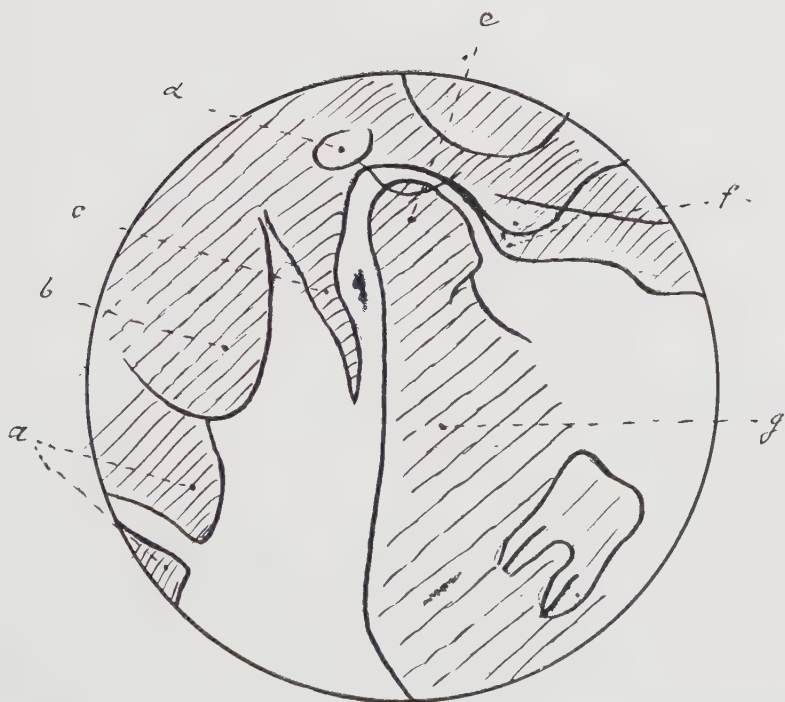


Cliché de M. le Dr Arcelin.

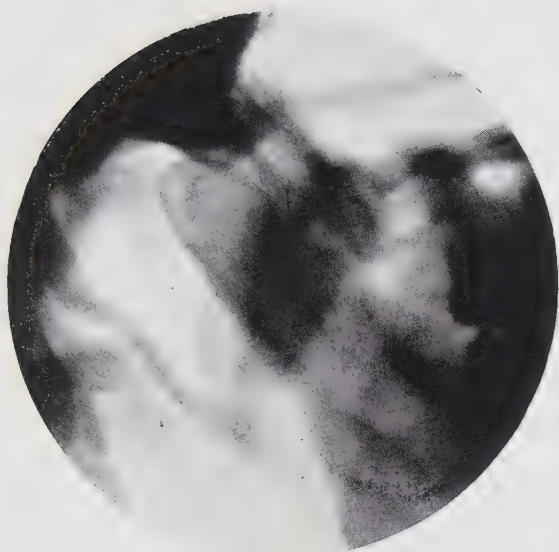
Radio (fig. 1)



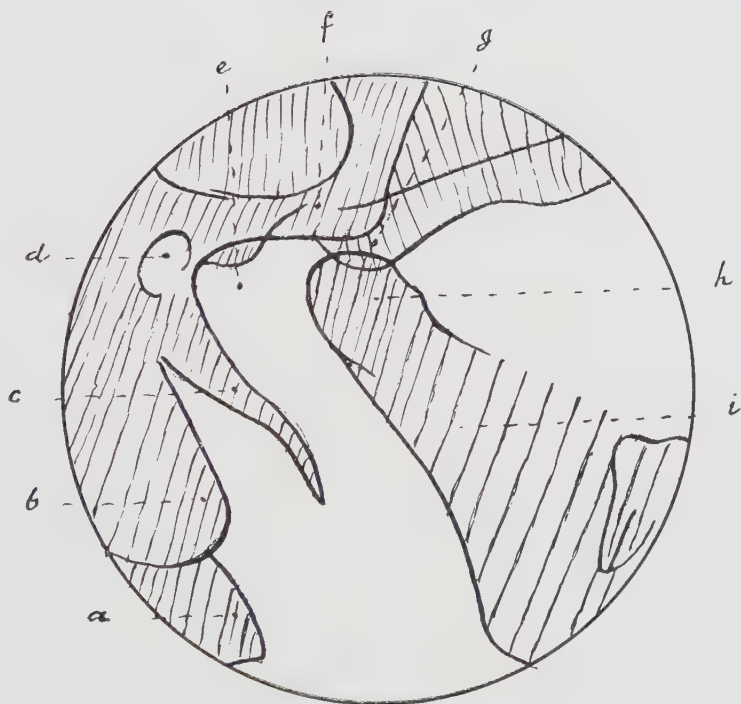
Cliché de M. le Dr Arcelin.



Radio-Schéma (fig. 2)



Cliché de M. le Dr Arcelin.



Radio-Schéma (fig. 3)

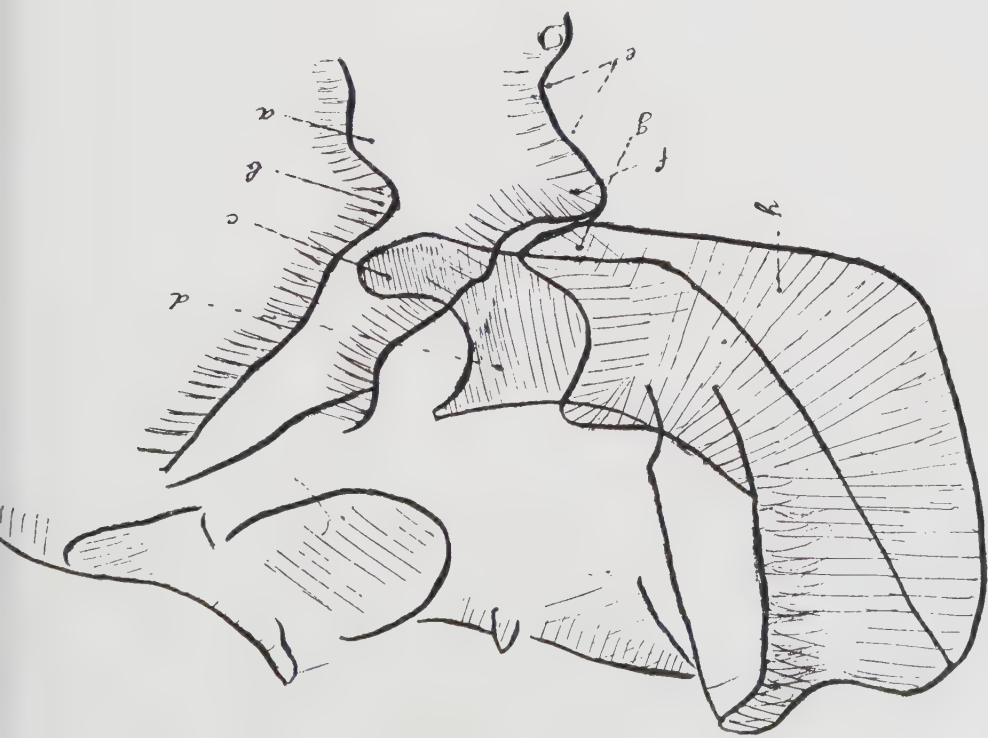


Schéma (fig. 5)

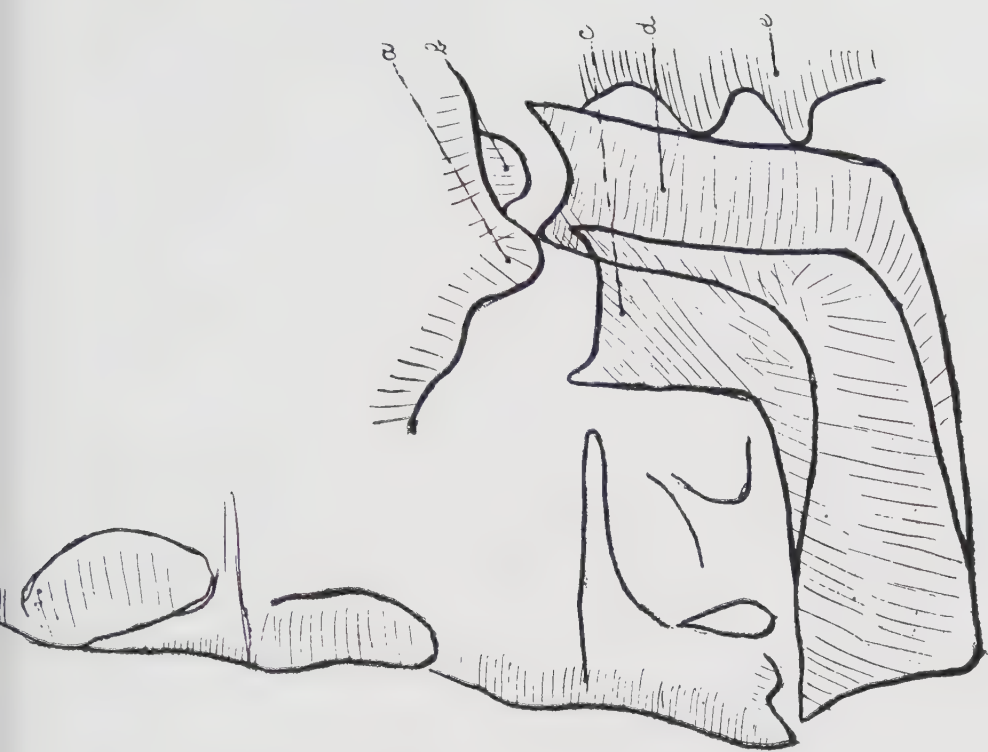


Schéma (fig. 6)



(Dr Arcelin)

FIG. 7. — Radiographie du maxillaire inférieur droit montrant un condyle aplati porté par un col très réduit.



(Dr Arcelin)

FIG. 8. — Radiographie du maxillaire inférieur gauche montrant une cavité glénoïde déshabillée complètement; le maxillaire très réduit n'a plus ni col ni condyle (résection ancienne).



(Dr Arcelin)

FIG. 9. — Radiographie du maxillaire inférieur droit montrant la disparition totale de l'interligne articulaire. Le col et le condyle, déformés, se continuent et font bloc avec le temporal.

CONCLUSIONS

I. — Les luxations anciennes de la mâchoire inférieure sont généralement irréductibles. Les causes de l'irréductibilité sont multiples et probablement variables suivant les cas : musculaire, ligamenteuse, méniscale ou osseuse. Souvent d'ailleurs, l'irréductibilité a, à sa base, la négligence du malade ou l'insuffisance du traitement immédiat.

II. — On doit tenter d'abord la réduction non sanglante qui est possible. Ces manœuvres manuelles seront aidées par l'emploi d'instruments spéciaux, comme la pince de Stromeyer. Cette réduction non sanglante échoue assez souvent, sans qu'il soit possible de donner un pourcentage de fréquence de ses échecs.

III. — L'intervention sanglante revêt des modalités multiples : reposition simple, ablation du ménisque avec capsulorrhaphie, résection du ou des condyles, interventions para-articulaires. La méthode idéale serait la reposition simple, mais la crainte de l'insuffisance du résultat a entraîné généralement les opérateurs à la résection condylienne au cours de la reposition sanglante.

4° La connaissance exacte des causes de non-réductibilité permettrait peut-être de différencier plusieurs types relevant chacun d'une intervention exactement adoptée aux lésions anatomiques. La radiographie, à ce point de vue, rendrait des services.

V. — Toute réduction de luxation ancienne, quelle que soit la méthode employée, devra être suivie de mobilisation dans l'articulation.

VI. — Cette mobilisation devra se faire par le massage manuel aidé et complété par des appareils spéciaux. L'appareil le plus simple est la pince de blanchisseuse préconisée par le Dr Pont, depuis 1915. Dans les cas difficiles, la pince pourra être remplacée par des appareils plus compliqués (appareil de Darceissac par exemple).

VII. — Des appareils appropriés pourront également être employés pour réobtenir l'articulé dentaire normal.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

L. BERARD.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 Juin 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZY. — *Bulletin Société de Chirurgie*, 1905, p. 565.
- BAZY et SÉNÉCHAL. — *Revue d'Orthopédie*, 1906.
- CHENET. — L'extension élastique dans le traitement des brides scléreuses endobuccales (*Restauration maxillo-faciale*, Paris, 1918).
- CLERC. — *Thèse de Lyon*, 1920.
- CURTY (Mac). — La grande chirurgie des mâchoires pratiquée par la voie buccale (*New-York medical Journal*, 17 avril 1920).
- DARCISSAC. — De la mobilisation physiologique et permanente du maxillaire inférieur (*Thèse de Paris*, 1921).
- DEAN. — Surgery of the temporo-mandibular articulation (*Laryngoscope*, Saint-Louis, 1917, xxvii).
- DEPAGE. — Rapport au Congrès de Chirurgie, Paris, 1905.
- DESCONSEILLES. — Des indications et des résultats de la résection du condyle du maxillaire inférieur (*Thèse de Lille*, 1902).
- DUFOURMENTEL. — *Revue de Stomatologie*, 1921, p. 160.
- FARABEUF. — *Précis de Médecine opératoire*.
- FINK. — Luxations de la mâchoire (39^e Congrès allemand de Chirurgie, avril 1910).
- FRÉTEAU. — *Thèse de Paris*, 1896-97.
- GOSSELIN et MIGNON. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1854.

- HEDRICH. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1^{er} mai 1891.
- HILDEBRANDT. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1901.
- HUGUIER. — *Thèse de Paris*, 1905.
- HUGUIER. — Traitement de la double luxation temporo-maxillaire suivie d'ankylose (*Société des Chirurgiens de Paris*, 10 novembre 1911).
- KRAMER. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 6 avril 1901.
- LERICHE. — Société de Chirurgie de Lyon, 17 novembre 1921.
- MARTIN (Claude). — Société des Sciences médicales de Lyon, 1894.
- Du prognatisme de la mâchoire inférieure, Paris, 1899.
- MAZZONI. — *Clinica chirurgica Roma*, 1878 (in *Thèse Zipfel*, 1888).
- MONOD et VAUVERT. — *Traité de technique opératoire*.
- MORESTIN. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1905.
- MOROLE. — Guide à bascule pour déviation du maxillaire inférieur (*Restauration maxillo-faciale*, Paris 1918).
- MOROLE. — Appareil de force maxillaire pour déviations antéro-postérieures du maxillaire inférieur (*Restauration maxillo-faciale*, Paris 1919).
- MULLER. — Société des Chirurgiens de Paris, 3 novembre 1911).
- NEFF. — *Surgery, Gynecology and obstetrics*, 1921, n° 1.
- NÉLATON. — *Revue médico-chirurgicale*, 1849.
- OLLIER. — *Traité des Résections*.
- PATEL. — Société de Chirurgie de Lyon, 17 novembre 1921.
- PINATELLE. — Société de Chirurgie de Lyon, 26 mai 1904.
- PRADE. — *Thèse de Lyon*, 1921.
- RÉAL. — Appareillage immédiat de la mâchoire inférieure après résection (*Société des Chirurgiens de Paris*, 17 décembre 1920).

ROBINSON. — Refoulement de la branche montante à l'aide d'un ressort à boudin (*Restauration maxillo-faciale*, Paris, 1917).

ROSS (Mac Bean) et AGANNOOR. — *The Lancet*, 15 août 1908.

SAMTER. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1904, N° 27.

SÉBILEAU. — La mobilisation permanente après la résection du condyle de la mâchoire inférieure (*Société de Chirurgie*, 15 décembre 1920).

STROMEYER. — *Gazette médicale*, 1833.

TIXIER. — Société de Chirurgie de Lyon, 17 novembre 1921.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER	11
CHAPITRE II	15
CHAPITRE III	19
CHAPITRE IV	25
CHAPITRE V	39
CHAPITRE VI	43
CHAPITRE VII	47
CHAPITRE VIII	61
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

— LYON —
IMPRIMERIE EXPRESS
46, rue de la Charité

